

мѣсяцевъ, требуетъ для своего излеченія 3—6 мѣсяцевъ и болѣе. Зернистая форма, если еще отсутствуетъ значительное рубцеваніе и измѣненія tarsus'a требуетъ меньше времени, но частыхъ осмотровъ.

Заболѣванія роговицы отсутствуютъ въ своевременномъ леченіи. Излеченіе въ такихъ случаяхъ происходитъ подъ вліяніемъ механической терапіи очень быстро — конечно въ исходомъ въ помутнѣніе.

## Ракъ языка.

Prof. Dr. Hermann Küttner.

Директоръ Хирургической Университетской Клиники въ Бреславлѣ.

Ракъ языка представляетъ собою одну изъ самыхъ ужасныхъ формъ злокачественныхъ новообразованій. Хотя онъ встрѣчается чаще, чѣмъ остальные локализациі карциномы слизистой оболочки рта, захватывающія вмѣстѣ съ языкомъ и слизистую щекъ и неба, но все же, къ счастью, онъ принадлежитъ къ числу рѣдкихъ формъ рака.

У мужчинъ онъ наблюдается чаще, чѣмъ у женщинъ, по Steiner'у на первыхъ падаетъ 83,85%, а на вторыхъ 16,45%. Что касается этиологіи, то здѣсь мы не блуждаемъ въ такой абсолютной темнотѣ, какъ при другихъ формахъ рака. Главными причинами, которыя одновременно объясняютъ и преобладаніе заболѣваній у мужчинъ, являются табакъ и сифилисъ, и въ особенности комбинація обоихъ этихъ вредныхъ моментовъ, и Reigiet вполне правъ, называя ракъ языка «cancer des fumeurs syphilitiques». Особенно часто развивается онъ на почвѣ лейкоплакіи, встрѣчающихся почти исключительно у курильщиковъ, но повидимому имѣющихъ отношеніе и къ сифилису. Это молочно-бѣлая, пятнистая уплотненія слизистой оболочки рта, которыя развиваются на внутренней поверхности щекъ и на спинкѣ языка, въ видѣ рѣзко ограниченныхъ, довольно твердыхъ и слегка приподнятыхъ образований, различной формы и величины. По v. Bergmann'у не менѣе 34,6% наблюдавшихся имъ случаевъ рака языка развивалось изъ такихъ лейкоплакіи. Изъ другихъ причинныхъ моментовъ можно назвать острые края зубовъ, вызывающихъ декубитальныя язвы языка, далѣе, недостаточный уходъ за полостью рта и можетъ быть также алкоголь, но лишь въ формѣ простыхъ сортовъ водки, содержащихъ много сивушныхъ маселъ: по крайней мѣрѣ Bärker полагаетъ, что значительное увеличеніе количества раковъ языка въ Англіи слѣдуетъ приписать чрезмерному употребленію именно такихъ напитковъ. Въ внѣвропейскихъ странахъ причиной считаютъ жеваніе бетеля. Наконецъ большое значеніе имѣетъ и возрастъ, такъ какъ ранѣе 45 лѣтъ ракъ языка наблюдался лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Гистологически почти постоянно имѣется плоско-эпителиальный ракъ

съ роговыми включеніями; цилиндроклѣточные раки принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ.

Что касается клиники, то преимущественно поражаются боковыя поверхности языка и его основаніе, причемъ одинаково часты на правой и лѣвой сторонахъ. Появляется или поверхностная раковая язва или глубокая раковая опухоль. Поверхностныя карциномы исходятъ со стороны плоскаго эпителия слизистой оболочки, очень рано изъязвляются и распространяются по поверхности и въ глубину. Язва имѣетъ приподнятый въ видѣ вала край и грязное желто-коричневое дно, покрытое трещинами, иногда палиллярными разраженіями и при надавливаніи выдѣляетъ характерныя раковыя пробки. Глубокая раковая опухоль встрѣчается много рѣже, развивается изъ железъ слизистой оболочки и никогда не имѣетъ рѣзкихъ границъ, она растетъ по направленію къ слизистой, въ концѣ концовъ прорывается на поверхность и переходитъ въ язвенный стадій, ничѣмъ не отличающійся отъ описанной поверхностной карциномы.

Распространеніе рака языка происходитъ во первыхъ *per continuitatem*, а во вторыхъ по лимфатическимъ путямъ. Въ первомъ случаѣ онъ прорастаетъ языкъ, поражаетъ дно полости рта, челюсть дужки мягкаго неба, фиксируетъ языкъ, такъ что каждое движеніе органа становится въ высшей степени мучительнымъ, и въ концѣ концовъ превращаетъ всю полость рта въ твердую, покрытую язвами, гнойную массу, отвратительный запахъ которой дѣлаетъ больного въ тягость какъ самому себѣ, такъ и окружающимъ. Если несчастный больной доживаетъ до этого, то ракъ можетъ даже перфорировать щеку и дно рта и поражать область околоушной железы.

Большое значеніе имѣетъ распространеніе по лимфатическимъ путямъ. Нѣтъ другого вида карциномы, при которомъ метастазы въ лимфатическія железы появлялись-бы такъ рано и оказывали-бы такое большое вліяніе на все дальнѣйшее теченіе болѣзни, какъ при ракѣ языка. Я посвятилъ подробное анатомическое и клиническое изслѣдованіе такому способу распространения carcinoma linguae (Bruns Beitr. f. kl. Chir.







расположены къ развитію рака края языка и пространство передъ надгортанникомъ, тогда какъ гуммы чаще можно найти на спинкѣ и кончикѣ языка. 3. Кровотеченія и боли при ракѣ очень часты, при гуммахъ рѣдки; припухание железъ говоритъ въ пользу рака. 4. Дно сифилитической язвы покрыто вязкими слоистыми массами, которыя можно удалить безъ значительнаго кровотеченія, тогда какъ дно карциноматозной язвы некротизировано, мягко и легко кровоточитъ. 5. Если имѣются лейкоплакии, то каждая язва и каждая опухоль въ высокой степени подозрительна на ракъ. Вообще-же, при малѣйшемъ сомнѣніи необходима немедленная эксцизія подѣ мѣстной анестезіей и микроскопическое изслѣдованіе.

Легче отличіе отъ туберкулеза языка. За послѣдній говорятъ подрывы края язвы и локализція на кончикѣ. Волчанка и диссеминированный туберкулезъ фтизииковъ дифференціально-діагностическаго значенія не имѣютъ; но узловатая форма туберкулеза языка, связанная съ появленіемъ плотныхъ узловъ, можетъ быть отграничена отъ рака лишь микроскопически.

Язвенная форма актиномикоза, локализующаяся большею частью на кончикѣ языка, встрѣчается очень рѣдко, точно также какъ и саркома, которая въ обоихъ своихъ видоизмѣненіяхъ (интерстиціальная и на ножкѣ) обыкновенно ясно отличима отъ карциномы уже клинически.

Прогностика рака языка безъ операціи абсолютно неблагоприятна, но и операція даетъ удовлетворительные результаты лишь тогда, когда она дѣлается въ самомъ началѣ заболѣванія. Въ случаяхъ съ уже замѣтнымъ поражениемъ железъ операція рѣдко имѣетъ длительный успѣхъ. Но, несмотря на это, и такіе случаи подлежатъ радикальной операціи, такъ какъ во первыхъ даже въ сравнительно далеко зашедшихъ случаяхъ она все-же хоть временно останавливаетъ болѣзнь, а во вторыхъ судьба больныхъ безъ операціи слишкомъ печальна; а кромѣ того въ данномъ случаѣ все равно не остается ничего другого, такъ какъ лучевая терапія, о которой только и могла-бы идти рѣчь, до сихъ поръ за очень малыми исключеніями не оказывала никакого благоприятнаго вліянія на ракъ слизистой рта.

Въ моей клиникѣ операція производится по типическому, подходящему для всѣхъ случаевъ, способу. Ни къ какому виду рака такъ не подходитъ правило — «небольшой ракъ — большая операція», какъ къ раку языка, и только слѣдуя этому правилу можно получить длительный успѣхъ.

Вся операція производится подѣ мѣстной анестезіей и только у очень чувствительныхъ больныхъ дается легкій мнимый наркозъ для отвлеченія вниманія, хотя въ

большинствѣ случаевъ достаточно впрыскиванія морфія. Съ тѣхъ поръ какъ стали принципиально оперировать подѣ мѣстной анестезіей, смертность отъ этой, страшной прежде операціи, понизилась настолько, что даже при очень обширномъ выѣзѣ смертные случаи принадлежать къ исключеніямъ. Мало есть областей хирургіи, въ которыхъ польза мѣстной анестезіи выразилась бы такой демонстративной ясностью, какъ здѣсь. Стоитъ только вспомнить, что раньше при такихъ операціяхъ дѣлали даже профилактическую трахеотомию и тампонаду гортани.

Операція распадается на два момента, а именно основательное вылуценіе шейныхъ железъ и экстирпацію опухоли. Если послѣдняя незначительна и настолько доступна, что можетъ быть удалена безъ предварительной операціи на нижней челюсти, то при хорошихъ состояніи больного оба момента производятся въ одинъ сеансъ; въ противномъ-же случаѣ они раздѣляются.

Вылуценіе всѣхъ лимфатическихъ железъ на шеѣ я всегда дѣлаю съ помощью крестовиднаго разрѣза. Продольный разрѣзъ идетъ по медіальной линіи отъ подбородка до грудины, поперечный ведется слегка дугообразно, всего въ предѣлахъ одной кожной складки, отступя немного внизъ отъ угла челюсти, отъ одного сгибателя головы до другого. Полученныя такимъ образомъ четыре лоскута отворачиваются, и укрѣпляются швомъ къ боковой поверхности шеи, такъ что операціонное поле становится вполне доступнымъ. Послѣ этого вылуцаютъ субментальныя, субмаксиллярныя и глубокія шейныя железы. Такъ какъ каждая половина языка оттекаетъ къ двумъ, лежащимъ по обѣимъ сторонамъ, то и вылуцать ихъ слѣдуетъ съ обѣихъ сторонъ; вмѣстѣ съ тѣмъ, благодаря непосредственнымъ путямъ, идущимъ отъ языка къ железамъ близъ *jugulum*, необходимо удалить и ихъ. Вслѣдствіе такой непосредственной связи, не слѣдуетъ причислять къ абсолютнымъ неоперабельнымъ и случаи рака съ метастазами, проникшими далеко впередъ. Увеличенныя железы прощупываются надключичной ямкѣ, то ихъ тоже необходимо вылуцить. Кромѣ лимфатическихъ железъ рекомендуется удалять съ обѣихъ сторонъ подчелюстную железу, а также железу нижняго края *gl. parotis*. Далѣе, при такой операціи настоятельно рекомендуется перевязывать одну или обѣ язычныя артеріи, что очень легко сдѣлать при ранѣ съ хорошимъ обзоромъ. При далеко зашедшихъ ракахъ я перевязываю одну или обѣ наружныя сонныя артеріи, что всегда получается хорошо. Лигатура накладывается мѣстами отхожденія *a. lingualis* и *a. thyroidea superior*, чтобы исключить коллатеральныя



кровообращеніе со стороны отходящей отъ подключичной артерій *a. thyreoidea inferior*.

Описаніе такого безусловно необходимаго обширнаго вылушенія железъ, которое какъ асептическая операція, связанная съ лигатурою сосудовъ, всегда должна предшествовать асептической операціи на языкъ, производить впечатлѣніе очень крупнаго вмѣшательства. Но это совершенно неправильно, и кто имѣлъ случай хоть разъ видѣть спокойный ходъ этой анатомически ясной и мало кровавой операціи, тотъ убѣдится, что она всегда переносится хорошо.

Второй моментъ операціи состоитъ въ эксцизиі опухоли языка. Если она можетъ быть экстирпирована со стороны полости рта, не прибѣгая для этого къ костной операціи, то это производится подъ мѣстной анестезіей непосредственно послѣ вылушенія железъ. Единственно, что приходится иногда дѣлать на мягкихъ частяхъ, для облегченія эксцизиі, это поперечное разсѣченіе щеки по Jäger'у; съ помощью такого разрѣза удается удалять опухоли, сидящія очень далеко кзади на краю языка, работая въ здоровыхъ тканяхъ, особенно, если кромѣ того языкъ вытягивается далеко впередъ и, если нужно, пересѣкается *frenulum*.

Если же карцинома имѣетъ значительные размѣры, или если она захватываетъ корень языка, то со стороны рта идти нельзя и приходится подходить къ ней черезъ костную стѣнку полости рта и распиливать нижнюю челюсть. Эта операція никогда не должна слѣдовать непосредственно за вылушеніемъ железъ, такъ какъ безусловно необходимо избѣжать прямого сообщенія обширной шейной раны съ полостью рта. Она производится черезъ нѣсколько дней; если перевязка сосудовъ произведена правильно и на обѣихъ сторонахъ, то желаемое дѣйствіе держится въ достаточной степени и по истеченіи 5—7 дней послѣ этого.

Если карцинома уже перешла на дно полости рта, или если послѣднее было поражено ею первично, то примѣняется медиальная распилъ нижней челюсти по Sédillot-Kocher'у. Но для всѣхъ случаевъ

рака, заходящихъ далеко кзади, наиболѣе подходит боковой распилъ нижней челюсти по *v. Langenbeck'у* въ модификаціи Kocher'a — операція которая по моему мнѣнію обезпечиваетъ самый лучший доступъ къ опухоли и при ракахъ миндалевидныхъ железъ, дужекъ мягкаго неба и *mesopharynx*. Разрѣзъ начинается у угла рта, разсѣкаетъ въ поперечномъ направленіи щеку до *m. masseter* и затѣмъ загибается дугообразно внизъ до края сгибателя головы. Послѣ этого, нижняя челюсть перепиливается пилой Gigli, причемъ распилъ начинается между ея восходящей и горизонтальной вѣтвями и идетъ сзади и сверху впередъ и внизъ и одновременно изнутри и спереди кнаружи и кзади. Послѣ отдѣленія задняго брюшка *m. digastrici* и разсѣченія слизистой оболочки въ направленіи разрѣза тотчасъ же передъ *arcus palatoglossus* оба отрѣзка челюсти могутъ быть широко разведены съ помощью крючковъ, и получается достаточно простора для покойной и тщательной операціи. Послѣ эксцизиі опухоли слизистая сшивается такъ далеко, какъ только возможно, челюсть соединяется алюминиево-бронзовымъ швомъ и затѣмъ закрывается наружная рана вплоть до нижняго ея угла, въ который вводится дренажъ. Въ цѣляхъ лучшаго оттока раневого секрета можно также вшить въ нижній конецъ кожной раны слизистую глотки въ томъ мѣстѣ, гдѣ она прилегаетъ къ гортани. Больной встаетъ уже черезъ день послѣ операціи и большею частью замѣчательно быстро научивается глотать и говорить. Со времени введенія мѣстной анестезіи смертность отъ операціи сильно упала; въ моей клиникѣ она составляетъ теперь 8%.

Такъ какъ безъ оперативнаго пособия судьба больныхъ очень печальна, и такъ какъ, съ другой стороны, ни леченіе лучами, ни другіе палліативныя мѣры, вродѣ двусторонней перевязки наружныхъ сонныхъ артерій, никакого дѣйствія не оказываютъ, то показанія къ когдѣ дѣйствія не оказываютъ, то показанія къ операціи можно ставить очень широко. Но, какъ уже было указано, успѣшныхъ длительныхъ результатовъ возможно ожидать лишь, если она производится въ самомъ началѣ заболѣванія.